SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT

ADVOCARD

Versicherungsnummer:

ADVOCARD
Rechtsschutzversicherung AG
Postfach: 20066 Hamburg
Adresse: Überseering 2, 22297 Hamburg

Gläubiger-Identifikations-Nr.
DE 47 ZZZ 000000 28805

Das Mandat gilt für wiederkehrende Zahlungen

☐ Abweichend hiervon gilt das Mandat nur für eine einmalige Zahlung

MANDATSREFERENZ

Die Mandatsreferenz teilt Ihnen ADVOCARD vor der ersten Abbuchung mit.

EINZUGSERMÄCHTIGUNG

Ich ermächtige/Wir ermächtigen ADVOCARD, Beiträge von meinem/unserem Konto per Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich/weisen wir mein/unser Kreditinstitut an, die dieses Konto betreffenden Lastschriften der ADVOCARD Rechtsschutzversicherung AG einzulösen.
Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, bei meinem/unserem Kreditinstitut die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

KONTOINHABER

☐ Herr ☐ Frau ☐ Firma

Titel, Name, Vorname

Straße, Hausnummer

Land	Postleitzahl	Wohnort

BANKVERBINDUNG

IBAN

Name des Kreditinstituts

BIC

Informationen zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten erhalten Sie unter www.advocard.de/datenschutz

ORT, DATUM UND UNTERSCHRIFT(EN) KONTOINHABER

Ort

Datum

Unterschrift(en) Kontoinhaber
✘

VERSICHERUNGSNEHMER/ANTRAGSTELLER

Bitte ausfüllen, wenn der Versicherungsnehmer/Antragsteller nicht der oben angegebene Kontoinhaber ist.

☐ Herr ☐ Frau ☐ Firma

Titel, Name, Vorname

Straße, Hausnummer

Land	Postleitzahl	Wohnort	Geb.-Datum

819 AR V1 09.24